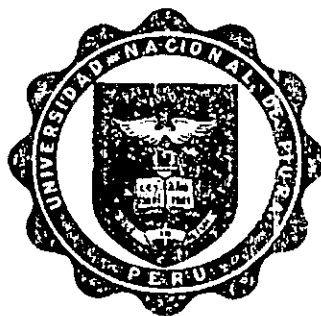


UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

**"ASPECTOS CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICOS DE LA
ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES.
ENERO - DICIEMBRE DEL 2014."**

PIURA – PERÚ

2015

7346
Ret.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE

MÉDICO CIRUJANO

**"ASPECTOS CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICOS DE LA
ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2
TUMBES. ENERO - DICIEMBRE DEL 2014."**

DANIS NORELIA REYES CUNYA

AUTORA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE PIURA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“ASPECTOS CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICOS DE LA
ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES.
ENERO - DICIEMBRE DEL 2014.”**

TESIS

PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

DEDICATORIA

A Dios,

Todo poderoso por ser quien me ha dado el Don de la vida, gracias por bendecir cada uno de los días de mi vida permitiéndome llegar hasta donde he llegado. Gracias por mostrarme que con humildad, paciencia y sabiduría todo es posible.

A mis padres,

Lucila y Tomás, por su Amor, Trabajo y Sacrificio en todos estos años, ustedes han sido la guía y el camino para poder llegar a este punto de mi carrera, que con su ejemplo, dedicación y palabras de aliento nunca bajaron los brazos para que yo tampoco lo haga aún cuando todo se complicaba. Gracias por sus enseñanzas, valores, consejos, apoyo y eterna paciencia....Son los mejores Padres. Los Amo Mucho. Dios los Bendiga Siempre, Gracias.

A mis hermanos: Erick y Jack

Mi hermano Erick que siempre me ha apoyado en momentos difíciles y nunca me ha dejado caer con sus palabras sabias.

A mi hermano Jack que desde el cielo siempre me cuida y me guía para que todo salga bien.

Al Amor de mi Vida,

Con todo mi Amor para Jhon Vizcarra Panta, por ser alguien muy especial en mi vida. Gracias por siempre estar a mi lado compartiendo tanto momentos de felicidad como tristes de mi vida. Gracias por tu comprensión, paciencia, apoyo incondicional y Amor Sincero, y por darme ánimos de fuerza y valor para seguir adelante. Gracias por demostrarme que en todo momento cuento contigo.

A MIS AMIGAS,

A mis amigas Helga, Yamify, Inés, Daniela, Eliana, Susana, Grace Y Anaiz que son las personas que han estado cerca de mí en estos años de estudio impidiendo que me sienta sola, apoyándome, regañándome cuando era necesario y haciéndome pasar momentos inolvidables a su lado. Gracias por haberme dado una amistad verdadera, por alegrarme los días, por ser como son y porque siempre estamos unidas a pesar del tiempo y la distancia que nos separa. Las quiero mucho.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor

Por esa disposición que lo caracterizó para compartir los conocimientos académicos que posee, por sus consejos y amistad brindada.

Por su constante apoyo y sus excelentes orientaciones en la realización de este trabajo que me permitieron aprender mucho más.

A los Señores miembros del Jurado

Por el interés, apoyo y crítica, necesarios para la realización de este trabajo. Por la seriedad, objetividad y profesionalismo mostrado en la evaluación de este trabajo de Tesis. Un agradecimiento por este privilegio

Deseo expresar mi agradecimiento a todas las personas que de una u otra forma hicieron posible la culminación de mi meta brindándome su apoyo incondicional y ayudándome a que este gran esfuerzo se volviera realidad, son muchas las personas que forman parte de mi vida, les agradezco por creer y confiar en mí. Solo quiero decirles gracias a todos ustedes por formar parte de mi vida y de muy lindos y gratos recuerdos....

RESUMEN

OBJETIVO

Determinar los Aspectos Clínico, Epidemiológicos de la eclampsia en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes. Enero a Diciembre del 2014.

METODOLOGÍA

El tipo de estudio fue prospectivo, transversal, descriptivo y observacional. La población fue todas las gestantes que presentaron el diagnóstico de Eclampsia y acudieron al Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes. Se utilizaron cuadros de distribución de frecuencias.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la eclampsia fue de 1.1. Se encontró eclampsia en los tres tipos de paridad que abarcaron a las 26 pacientes objeto de estudio.

Las pacientes convivientes presentaron el 84.6% de eclampsia, de ellas el 73.1% eran amas de casa y de procedencia urbana, el 26.9% eran amas de casa y de zona rural.

Los antecedentes familiares, encontramos que el 65.4% presentaron como antecedente familiar la Hipertensión arterial con mayor significancia en la línea materna.

Encontramos que en ambos grupos de edad, el 50% según paridad, de las pacientes pertenecían al grupo de edad gestacional entre 20 a 36 semanas y el otro 50% para el grupo de 37 a 42 semanas.

El 96.2% de las pacientes recibieron sus controles prenatales, el 100% de las pacientes terminó el embarazo vía cesárea. La convulsión se presentó en el parto (82.1%) y en el post parto (17.9%)

Según cuadro clínico, se encontró que el mayor porcentaje fue para las convulsiones con 14.4% de las pacientes, seguido de hipertensión arterial con 13.8%, edema 13.8%, cefalea con 13.3% y epigastralgia con 12.2%.

Las complicaciones más frecuentes en las pacientes eclámpicas, se encontró que el mayor porcentaje fue para alteraciones de conciencia con 37.5%, seguido de ninguna complicación con 21.9%, y Sd. HELLP con 18.8%.

ABSTRACT

OBJECTIVE

To determine Clinical Aspects, Epidemiologic of eclampsia in the JAMO Regional Hospital II - 2 Tumbes. January to December 2014.

METHODOLOGY

the type of study was a prospective, cross-sectional, descriptive and observational. The population was all pregnant women who had a diagnosis of Eclampsia and attended the Regional Hospital JAMO II - 2 Tumbes. Frequency distribution tables were used.

CONCLUSIONS

The prevalence of eclampsia was 1.1. Eclampsia was found in all three cases parity.

The cohabiting patients had 84.6% of eclampsia, of which 73.1% were housewives and urban origin, 26.9% were housewives and rural area.

Family history, we found that 65.4% had family history as arterial hypertension with greater significance in the maternal line.

We found that in both age groups, 50%, according to parity, the patients were in the gestational age group between 20 to 36 weeks and 50% for the group of 37-42 weeks.

96.2% of patients received their prenatal care, 100% of patients completed pregnancy via cesarean section. The seizure was made in the antepartum (82.1%) and postpartum (17.9%)

According to clinical picture, it was found that the highest percentage was for seizures with 14.4% of patients, followed by arterial hypertension with 13.8%, 13.8% edema, and headache with 13.3% and 12.2% epigastric pain with.

The most frequent complications in eclamptic patients, it was found that the highest percentage was for impaired consciousness with 37.5%, followed by 21.9% with no complications, and Sd. HELLP with 18.8%

INDICE

I.- Resumen	6
II.- Introducción	10
III.- Definición del Problema	11
3.1. Título	11
3.2. Antecedentes	11
3.3. Justificación	18
3.4. Objetivos	19
3.4.1. Objetivos Generales	19
3.4.2. Objetivos Específicos	20
3.5. Enunciado del Problema	20
IV.- Marco teórico	21
4.1. Marco Conceptual	21
4.2. Definición de Términos	25
V.- Definición de las Poblaciones de estudio	27
5.1. Características Generales	27
5.1.1. Criterio de inclusión	27
5.1.2. Criterio de exclusión	28
5.2. Ubicación temporo – espacial	28
VI.- Materiales y métodos	28
6.1. Tipo de estudio	28
6.2. Universo	28
6.3. Población	29
6.4. Tamaño y selección de la muestra	29
6.5. Métodos Estadísticos	29
VII.- Descripción y Operacionalización, variables y escalas de medición	30

VIII.- Proceso de Captación de la información	32
8.1. Instrumentos	32
8.2. Procedimientos	33
8.3. Ética de la Investigación	33
IX.- Resultados	34
X.- Discusión	47
XI.- Conclusiones	51
XII.- Recomendaciones	52
XIII.- Bibliografía	53
XIV- Anexos	59

INTRODUCCION

Los primeros estudios sobre mujeres que han tenido eclampsia se iniciaron en Alemania hace una centuria, cuando la eclampsia era considerada una forma de uremia. En países en desarrollo se ha estimado que 10% de las muertes maternas son asociadas con eclampsia. Algunos autores han indicado que las convulsiones eclámpicas no son siempre precedidas por los signos comunes de preeclampsia; algunos factores predisponentes en el desarrollo de la eclampsia han sido identificados.

La eclampsia ha sido definida como el desarrollo de convulsiones y/o coma en pacientes con preeclampsia, estas convulsiones no deben correlacionarse con otras condiciones neurológicas y deben ocurrir durante el embarazo o puerperio. Está asociada a una elevada tasa de morbilidad y mortalidad materna y perinatal y se caracteriza por la presencia de actividad convulsiva en las pacientes gestantes sin historia preexistente de enfermedad neurológica.

Es una emergencia con peligro para la vida, que continúa siendo una causa mayor de morbilidad y una de las primeras causas de muerte materna en todo el mundo. El tratamiento de la eclampsia siempre ha sido un reto para el médico, obstetra y aún se tiene dificultades en lo que se refiere a la prevención. Con el objetivo de estudiar el comportamiento de esta enfermedad en este hospital, realizamos este estudio en el último año.

III. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

3.1. TÍTULO

“ASPECTOS CLÍNICO, EPIDEMIOLOGICOS DE LA ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES. ENERO – DICIEMBRE DEL 2014.”

3.2. ANTECEDENTES

Pérez Piloso, Janeth, en su estudio “Incidencia De Preeclampsia Y Eclampsia en Embarazos a Terminio en Adolescentes de 16 A 17 Años, realizado en El Hospital Dra Matilde Hidalgo De Procel de Septiembre del 2012 hasta Febrero 2013” (Ecuador). Concluye que la Preeclampsia se observa en el 0,2-0,5% de todos los nacimientos y se puede complicar hasta el 1,5% de los embarazos en adolescentes. La Preeclampsia y Eclampsia se produce anteparto en 46,3% de los casos, intraparto en un 16,4% y posparto en un 37,3%. La incidencia de preeclampsia recibe la influencia de varios factores demográficos que incluyen paridad, atención prenatal, raza, enfermedades médicas y edad de la mujer, surge con mayor frecuencia en nulíparas y malnutridas, otros grupos de alto riesgo incluyen menores de 18 años de edad. Los resultados obtenidos demostraron que en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel se presentaron 100 casos de pacientes con diagnóstico de Preeclampsia y Eclampsia en embarazos a término en el periodo de Septiembre del 2012 a Febrero del 2013, la mayor incidencia corresponde al 51% presente en adolescentes entre 16 y 17 años¹.

Drs. Gabriela Valarino, y col. En su estudio “Eclampsia. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal (Venezuela)” de tipo retrospectivo, descriptivo y longitudinal, el cual incluyó 102 pacientes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo tipo eclampsia durante 2006-2007. Se

utilizó una hoja de registro que contenía las variables del presente estudio. En este período se atendió un total de 28 617 partos, de los cuales 102 (0,35 %) presentaron eclampsia. Los principales síntomas fueron cefalea (57,84 %) e hipertensión (85,29 %), la convulsión se presentó anteparto en el 63,72 %, la principal complicación fue síndrome HELLP en 38,23 %. Un 80,48% de los neonatos nacieron vivos y la mortalidad perinatal fue de 18,75 %.²

Dr Muñoz Salazar, Alejandro Manuel, en su estudio "Estudio Clínico de Eclampsia, en el Hospital José Agurto Tello de Chosica- Lima", de tipo descriptivo, retrospectivo. Se hallaron 66 casos de eclampsia; la incidencia fue 7.90 por cada mil nacidos vivos; la edad materna promedio fue 24 años. El número de controles prenatales fue inadecuado en 25 pacientes, de las cuales 13 no tuvieron ningún control (10.7%); así mismo, el control prenatal se realizó con mayor frecuencia en los Centros de Salud con 50.9%. Las primigestas son las más afectadas (66.6%); las gestaciones a término correspondieron al 54.6% de los casos. El 81.8% convulsionó antes de llegar al hospital y el 89.4% antes del parto. La medicación más empleada fue Sulfato de Magnesio más Fenitoina con 34.8%. La vía de culminación del parto más frecuente fue la abdominal (cesárea) con 87.9% y la anestesia más empleada, la epidural con 72.4%. Fue necesario que el 10.6% de pacientes ingresen a UCI; El 9% de las pacientes tuvo complicaciones, siendo el Síndrome de HELLP el más frecuente. Hubo 68 recién nacidos, incluidos 2 embarazos gemelares; el 63.3% fueron de sexo femenino, el peso promedio fue 2 860gr (peso normal). El APGAR al 1er minuto, fue normal en el 51.5% de los casos; mientras que a los 5 minutos lo fue en 7 con 9.4%; se realizó maduración pulmonar fetal al 40% de las pacientes con edad gestacional menor a 37 semanas.³

Díaz Tamariz, Cecilia Antonella en su estudio Características Clínicas Epidemiológicas de la Preeclampsia Severa en Pacientes Atendidas en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé En El Período 2008

– 2009, Lima – Perú, de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo. Se observó que el mayor porcentaje de edad estuvo comprendido entre los 29 y 34 años (73.8%). Las más afectadas nulíparas (63.1%), con edad gestacional mayor de 37 semanas (73.8%); recibiendo cuidados prenatales adecuados según la norma vigente (66.9%). Con un Índice de Masa corporal previo a la gestación, considerado normal (56,9%) y una ganancia ponderal de peso adecuada: entre 7 kg. – 16 kg. (40 %). Dentro de los antecedentes de aborto previo a la gestación, 30 casos presentaron un aborto anterior (23,1%), 31 casos tenían antecedentes familiares de hipertensión arterial (23.9%) y 16 pacientes presentaron antecedentes personales de preeclampsia (6.1%). Los síntomas más comunes fueron cefalea (63.8%), fotopsias (15.4%), dolor en epigastrio (10.8%), visión borrosa (7.7%), escotomas (6.9%), dolor en cuadrante superior derecho (1.5%). En 64 casos, se evidencio que la curva de presión arterial diastólica fue de Alto Riesgo a Patológico (49.2%). La vía de culminación de parto en su mayoría fue abdominal (80%) y las complicaciones mas frecuentes fueron: retinopatía hipertensiva de II grado (7.7%), desprendimiento prematuro de placenta (4,6%), retinopatía hipertensiva de I grado (3.8%), Injuria renal (3.8%), síndrome HELLP (3.1%), eclampsia (1.6%).⁴

Vilcherrez M., Vilchez P. en su estudio Estudio Clínico Y Epidemiológico En Pacientes Eclámplicas Del Hospital De Apoyo I "Jamo" De Tumbes, durante el Período 1993-1998; de tipo descriptivo, donde se estudió las características clínicas y epidemiológicas en pacientes eclámplicas en tumbes, reportándose que la incidencia de eclampsia fue de 5,20 por cada 1000 partos atendidos. La tasa de mortalidad materna hospitalaria en general fue de 241 por cada 100,000 recién nacidos vivos, siendo la tasa de mortalidad materna por eclampsia de 98,6 por 100,000 Nacidos Vivos; es decir, representó a un 40.93% del total de muertes maternas. La tasa de mortalidad perinatal en madres eclámplicas fue de 186,05 por cada 1,000 recién nacidos vivos. La incidencia de eclampsia fue mayor entre los meses de junio a agosto; es decir, en la estación de invierno (42.86%), siendo la

más alta en el mes de julio (18.37%). Las características que presentaron las pacientes que complicaron su gestación con eclampsia fueron: edades comprendidas entre 14 - 19 años (69.39%), primiparidad (65.31%), control prenatal inadecuado (85.71%), procedentes de zonas urbano marginales y rurales (91.84%), nivel socio económico bajo (79.59%) antecedentes familiares de eclampsia (53.06%), inestabilidad conyugal (61.22%). Entre las características clínicas encontramos pacientes con embarazo único (95.92%), con frecuencia cardíaca fetal anormal (72.92%) y recién nacidos con un puntaje de Apgar de 1-6 (56.25%). En el estudio se observó que la frecuencia de presentación de eclampsia fue en embarazos a término (63.37%). Los episodios convulsivos se evidenciaron en el pre – parto (81.63%) y se caracterizó por convulsiones tónica - clónica generalizadas (100%), hipertensión arterial (95.92%), edema (87.76%) y cefalea (73.47%) siendo la vía de terminación del embarazo la operación cesárea (100%). La insuficiencia renal aguda (28.57%), alteración de la conciencia (24.49%), desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada (12.24%) y el síndrome HELLP (10.20%) fueron las complicaciones más frecuentes en la eclampsia.⁵

En las gestantes, la magnitud de la vasoconstricción y el alza tensional pueden provocar una encefalopatía hipertensiva, capaz de producir convulsiones en ausencia de patología neurológica previa; a éste cuadro reconocemos como Eclampsia.⁶

La eclampsia se define como la presencia de convulsiones o coma en la embarazada con más de veinte semanas de gestación, en ausencia de una patología cerebral precisa y preexistente, y viene a ser la complicación de un cuadro previamente establecido de preeclampsia. A pesar de los avances obtenidos en la fisiopatología y el manejo, es una de las patologías que más genera riesgos para la paciente obstétrica, y más grave aún, la hipertensión inducida por el embarazo es la mayor causa de muerte materna en la mayoría de los países en vías de desarrollo, siendo

responsable de aproximadamente 50.000 muertes maternas anuales en todo el mundo.^{7,8,9,10,11}

La preeclampsia es una patología exclusiva del embarazo, se presenta a partir de la semana 20 y hasta el día 30 posparto, y se caracteriza por la aparición de hipertensión arterial y proteinuria (proteínas en la orina), también puede ir acompañada de edema, aunque no es una condición necesaria para diagnosticar la enfermedad.¹²

Los principales factores de riesgo asociados a la preeclampsia-eclampsia son la edad materna, sobre todo cuando ésta es menor de 18 o mayor de 35 años, primigrávidas, la desnutrición y la pobreza, el bajo nivel de instrucción, las gestaciones múltiples, el embarazo molar, las mujeres diabéticas o con lupus eritematoso.¹³

Otros factores asociados a un riesgo elevado son: deficiencia de proteína S, presencia de anticuerpos anticardiolipina, factores genéticos como historia familiar donde se evidencia que las madres, hermanas e hijas de pacientes que han presentado preeclampsia tienen una incidencia mayor de la enfermedad y la obesidad previa al embarazo.⁸

La mortalidad materna causada por la eclampsia se ubica en rangos tan bajos como 0,5% en Estados Unidos, 1,8% en Reino Unido, 2,2% en Colombia hasta niveles muy altos como 14% en México. La eclampsia ha experimentado una marcada variación en su incidencia con el transcurrir de los años, actualmente a nivel mundial varía entre 1 en 100 a 1 en 1.700 partos y en Europa es de 1 en 2.000 a 1 en 3.000 nacimientos.^{8,14,15,10,16}

En el Perú, su incidencia fluctúa entre el 10% y el 15% en la población hospitalaria, es mayor en la costa que en la sierra, pero la mortalidad materna por esta causa es mayor en la sierra; no parecen existir

diferencias mayores entre las características de esta enfermedad en ambas regiones.^{17, 18,19}

En el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins se registró una prevalencia de 0,4%, mientras que en el Hospital Víctor Lazarte Echegaray de Trujillo fue de 3%, siendo más alta que ésta la registrada en el Hospital Cayetano Heredia de Lima con 4,1%; mientras que en nuestro Hospital, José Cayetano Heredia de Piura se registró 6,1% siendo los valores más altos aún los registrados en el Hospital María Auxiliadora con 8%.^{7,17,19}

Varios factores se relacionan con la eclampsia, entre los más estudiados se encuentran: la edad, estimándose que el grupo de alto riesgo son las pacientes adolescentes y las mayores de 35 años; la paridad, pues es más frecuente en las mujeres primigrávidas que en multíparas; , el estado civil, la ocupación, el nivel de Instrucción, la procedencia todos éstos últimos como marcadores de la situación económica y el nivel cultural, siendo en la mayoría de casos las pacientes de las esferas más pobres de la sociedad las más afectadas. La desnutrición, el bajo nivel educativo, la gestación múltiple, el polihidramnios, la mola hidatiforme, enfermedades sistémicas como diabetes, obesidad y enfermedad renal, son considerados factores de riesgo directamente relacionados con la eclampsia.^{14,10,20,21,11,17}

En un estudio sobre la variación estacional de la preeclampsia y eclampsia en un hospital de Lima, la prevalencia fue 14,2%. La prevalencia fue mayor en los meses fríos de primavera e invierno (septiembre 17,8%; junio 17,3%) y más en el invierno.^{17,5}

La vasoconstricción persistente, la trombosis y la hipoxia cerebral son importantes elementos constitutivos de la hipótesis que explica el mecanismo por el cual se presentan convulsiones en las pacientes con eclampsia; clínicamente estas convulsiones se caracterizan por ser tónico-clónicas generalizadas.^{22,10,11}

Hasta 90% de las pacientes preeclámplicas suele presentar signos o síntomas premonitorios de eclampsia como son cefalea severa, trastornos visuales, dolor en barra en el hipocondrio derecho e hiperreflexia osteotendinosa.¹⁷

Monterrosa así como Thapa han reportado que se presenta una mayor incidencia de las convulsiones en el periodo anteparto: 86% y 67.7% respectivamente, mientras que 22% se presentan en el intraparto y el 10% en el post-parto.^{10,23}

Varios autores consideran como factor de riesgo importante para complicación materna la edad gestacional a la cual se presentan las convulsiones, y sentencian que es de peor pronóstico cuando se presentan antes de las 32 semanas de gestación y sobretodo si están asociadas a tensión arterial diastólica muy elevada y proteinuria.^{8,13,20,17,16,24}

Como complicaciones de la eclampsia tenemos el desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta, el síndrome de HELLP, la coagulopatía intravascular diseminada. Otras complicaciones frecuentes son el edema pulmonar, la neumonitis, la falla cardiaca y la insuficiencia renal aguda, Neumonía aspirativa, óbito fetal; tanto en países industrializados como en los que están en vías de desarrollo. La hemorragia cerebral es común que se presente en pacientes de mayor edad y, con frecuencia, se asocia a hipertensión arterial crónica.^{25,14,23,16, 24}

En el manejo de la eclampsia, cuando se presentan las convulsiones, debe utilizarse diazepam por vía intravenosa lenta, suspendiéndose su administración una vez cesa la convulsión. A continuación se debe administrar, también por vía intravenosa, sulfato de magnesio, considerado el medicamento de elección para prevenir la recurrencia de convulsiones, este se administra a una dosis inicial de cuatro a seis gramos en un periodo

de diez a quince minutos, seguida por infusión continua de un gramo por hora. Se han utilizado con fines similares el fenobarbital y la fenitoína. Además, es importante recurrir a los agentes antihipertensivos para controlar la hipertensión arterial.^{8,25,10,11,17}

Una vez estabilizada hemodinámicamente la paciente, debe tomarse en consideración la finalización del embarazo; la cesárea está indicada solamente en casos de cérvix inmaduro, distocias de presentación fetal o sufrimiento fetal agudo.^{26,10,11,17}

El objetivo del presente trabajo es determinar la incidencia de la eclampsia, así como identificar circunstancias clínicas y posibles factores socioculturales y ginecológicos asociados con este diagnóstico en el Hospital Regional JAMO II - 2, de la ciudad de Tumbes, debido que continúa siendo una de las causas más importantes de morbilidad materna y perinatal por las complicaciones maternas asociadas a esta; y por no existir trabajos de investigación epidemiológica que aborden esta problemática en esta región.

3.3. JUSTIFICACIÓN

La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin tener relación con afecciones neurológicas¹.

Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo. Eclampsia significa relámpago. Antiguamente se quería indicar con ello la aparición brusca de una tempestad en un cielo tranquilo. Hoy sabemos que las convulsiones se presentan generalmente en una gestante que ha pasado por las etapas anteriores de la enfermedad.

Pre-eclampsia y la eclampsia son llamados colectivamente "trastorno hipertensivo del embarazo" y "toxemia del embarazo". La eclampsia es la forma más grave de toxemia en el embarazo, y se caracteriza por convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general.⁶

La eclampsia es un padecimiento ocasionado por el embarazo y se encuentra entre las causas principales de muerte materna y contribuye de manera importante a la mortalidad perinatal.

Los médicos se preocupan de que la pre-eclampsia no se transforme en eclampsia, por lo que en este estudio pretendemos definir los factores de riesgo a fin de prevenir la presencia de eclampsia.

3.4 OBJETIVOS

3.4.1. Objetivo General

- Determinar los Aspectos Clínico, Epidemiológicos de la eclampsia en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes. Enero - Diciembre del 2014.

3.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de las pacientes eclámpicas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.
- Determinar la distribución Paridad, Edad y Paridad, Edad Gestacional y Paridad, Ocupación y Procedencia, Estado Civil, Antecedentes Familiares y Parentesco Familiar, y Control Prenatal en las pacientes Eclámpicas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.

- Determinar la distribución, tipo de embarazo y vía de terminación del mismo en las pacientes Eclámpticas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.
- Determinar el momento de presentación de las convulsiones en las pacientes eclámpticas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo enero a diciembre del 2014.
- Determinar el cuadro clínico más frecuentes en las pacientes Eclámpticas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.
- Determinar la Hipertensión inducida en un embarazo anterior en las pacientes Eclámpticas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.
- Determinar las complicaciones más frecuentes presentadas en las pacientes Eclámpticas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.
- Determinar la mortalidad materna en las pacientes eclámpticas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.

3.5. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los Aspectos Clínico, Epidemiológicos de las pacientes Eclámpticas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes. Enero a Diciembre del 2014?

IV. MARCO TEÓRICO:

4.1. MARCO CONCEPTUAL

La eclampsia es la forma más grave de toxemia en el embarazo, y se caracteriza por convulsiones, hipertensión, proteinuria y edema general.¹

La eclampsia se define como la aparición de convulsiones, coma o ambos cuadros, sin relaciones con otros trastornos cerebrales durante el embarazo o el puerperio en mujeres con signos y síntomas de preeclampsia, por lo que la paciente puede tener además trastornos funcionales en múltiples órganos y sistemas como cardiovascular, renal, hepático, hematológico, desequilibrio hidromineral y alteraciones del sistema nervioso central¹. Es un padecimiento ocasionado por el embarazo y se encuentra entre las causas principales de muerte materna y contribuye de manera importante a la mortalidad perinatal.

El 90 % de las pacientes presentan cefalea severa, trastornos visuales, dolor en barra en hemiabdomen superior e hiperreflexia, signos y síntomas que anuncian inminencia de una convulsión²⁷.

Las manifestaciones cerebrales de la eclampsia (raras) pueden incluir hemorragias, hipertensión endocraneal, etcétera, se deben sospechar cuando las pacientes permanecen comatosas después de la convulsión.

Se plantea existen 3 categorías de esta¹:

- Eclampsia típica: existen convulsiones tónico-clónicas generalizadas y complejas autolimitadas por la recuperación del estado de conciencia en las siguientes 2 h de la crisis.

- Eclampsia atípica: Dada por un cuadro neurológico que aparece antes de la semana 24 del embarazo o después de 48 h posparto, sin signos de inminencia previos a la crisis.
- Eclampsia complicada: cuando los cuadros clínicos anteriores se acompañan de accidente vásculo-encefálico, hipertensión endocraneana o edema cerebral generalizado. Estas pacientes presentan compromiso neurológico persistente manifestado por focalizaciones, status convulsivo, coma prolongado.

Factores de riesgo para la preeclampsia y la eclampsia ²⁷

- Primigestas o multíparas de edad avanzada
- Edad: <18 o >35 años
- Peso: <50 kg u obesidad
- Existencia de enfermedades crónicas: diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad renal, enfermedad ocular, enfermedad vascular del colágeno (lupus eritematoso sistémico)
- Mola hidatidiforme
- Complicaciones del embarazo: embarazo múltiple, feto grande, hidropesía fetal, polihidramnios
- Preeclampsia en un embarazo anterior

Cuadro Clínico ²

Si se observa cuidadosamente, la mayoría de las enfermas pueden presentar signos que permiten sospechar la proximidad de las convulsiones. Entre los signos prodrómicos se observan los siguientes:

1. Trastornos nerviosos: cefalea intensa, excitabilidad e hiperreflexia.
2. Trastornos sensoriales visuales: moscas volando, diplopía, amaurosis, alteraciones del oído, como vértigos y zumbidos.

3. Trastornos digestivos: lengua seca y áspera, dolor epigástrico en barra y también en el cuadrante superior derecho del abdomen.
4. Elevación brusca de la tensión arterial.
5. Edemas generalizados.
6. Oliguria-anuria.

La crisis convulsiva define la eclampsia y en ella se distinguen 4 periodos:³

1. Período de invasión: es corto, de unos 10 seg de duración, y se caracteriza por contracciones fibrilares de los músculos de la cara, parpadeo, movimientos oculogiros, risa sardónica y toda la cabeza es afectada por movimientos de negación.

2. Período de contracción tónica: dura alrededor de 20 a 30 seg. En este período, los músculos de la nuca y del tronco se contraen, es decir, tiene lugar un espasmo en opistótonos. Los dedos pulgares están cogidos por los otros dedos, las manos se encuentran en pronación y los brazos se pegan al cuerpo. Hay tetania de los músculos respiratorios que origina cianosis, aparece espuma entre los labios amoratados y también se observa la protrusión de los globos oculares. Cuando parece que la paciente va a sucumbir sobreviene el período siguiente.

3. Período de contracciones clónicas: dura entre 2 y 20 min, comienza con una inspiración profunda y estertorosa seguida de una espiración más ruidosa todavía, y se ve después a la enferma animada de violentas sacudidas; los movimientos más característicos se producen al nivel de los antebrazos, que en semiflexión y pronación forzada, se agitan por delante del abdomen (redoblando el tambor). Las convulsiones son tan violentas que la paciente puede caer de la cama y producirse lesiones. Progresivamente los movimientos convulsivos se hacen más raros, después queda inmóvil y entra en el coma.

4. Período de coma: es un coma completo con pérdida total del conocimiento, la sensibilidad obtusa, reflejos abolidos, pero la motricidad persiste, pues de tiempo en tiempo aparecen movimientos bruscos; los reflejos corneales están abolidos y las pupilas están midriáticas. El coma se debe a la anoxia cerebral, a la trombosis o a la hemorragia cerebral, su persistencia es un signo muy grave.

Tratamiento Medicamentoso¹

Debe indicarlo el personal de mayor calificación y evitar la polifarmacia:

1. Anticonvulsivo: se puede utilizar uno de los medicamentos siguientes

a) Sulfato de magnesio, que se emplea mucho por el método de Zuspan: 6 g (de solución a 10 % por vía endovenosa lentamente durante 3 a 5 min, y después 1 ó 2 g/hora (administrar de ser posible con bomba de infusión). Cuando se utiliza este medicamento deben vigilarse la frecuencia respiratoria, los reflejos patelares y la diuresis. Se debe dosificar el magnesio y el calcio cada 4 horas. Si la frecuencia respiratoria es menor que 15 por min, si existe hiporreflexia y la diuresis es menor que 30 mL/hora y la dosificación es de 10 mmol/L o más, debe suspenderse el medicamento y administrar gluconato de calcio, una ampolleta de 2 g por vía endovenosa. b) Thiopental sódico por vía endovenosa de 250 a 500 mg.

2. Antihipertensivo: a) Hidralazina por vía endovenosa en la forma explicada para el tratamiento de la preeclampsia grave. b) Digitalización ante cualquier signo de insuficiencia cardíaca. c) Diuréticos si hay edema pulmonar o insuficiencia cardíaca. d) Antimicrobianos en dosis profiláctica.

Diagnóstico diferencial²⁷

El diagnóstico diferencial debe de realizarse con

- Epilepsia.
- Traumatismo cerebral.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Aneurisma cerebral roto.
- Coma barbitúrico o hipoglicémico

Consecuencias

La eclampsia es un factor de riesgo para la aparición de epilepsia en la vida adulta de los hijos de madres con ese trastorno.²

4.2. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Eclampsia: La eclampsia es una complicación en el embarazo que consiste en convulsiones que no son causadas por una afección cerebral previa.

Toxemia: es más comúnmente conocida como preeclampsia, es una enfermedad exclusiva de las mujeres embarazadas, sus principales síntomas son: Presión alta, retención de líquidos o edemas y presencia de proteínas en la orina.

Hidramnios: Es una afección que ocurre durante el embarazo y se caracteriza por el exceso de líquido amniótico. También se la conoce como trastorno del líquido amniótico o polihidramnios.

Polihidramnios: Es cuando el volumen de líquido amniótico sobrepasa los 2 000 mL en el tercer trimestre de la gestación. Puede ser causado por una variedad de trastornos maternos, fetales o puede ser idiopático.

Epilepsia: La Epilepsia es un síndrome neurológico, crónico, que cursa con crisis epilépticas recurrentes.

Crisis epiléptica: son la manifestación clínica de una descarga anormal de una población neuronal, generalmente pequeña, localizadas ya sea en la corteza cerebral o bien en la profundidad del parénquima cerebral.

Mola hidatidiforme: La mola hidatiforme o embarazo molar es un término que se utiliza para referirse concretamente a un trastorno del embarazo caracterizado por la presencia de un crecimiento anormal que contiene un embrión no viable implantado y proliferante en el útero.

Síndrome HELLP: es una complicación obstétrica severa considerada como una variedad de preeclampsia. Esta condición aparece durante la etapa tardía del embarazo y en ocasiones después del parto.

La abreviatura HELLP es proveniente del inglés basada en algunas de sus características:

- Anemia hemolítica, (del inglés *Hemolytic anemia*)
- Elevación de enzimas hepáticas, (del inglés *Elevated Liver enzyme*)
- Trombocitopenia (del inglés *Low Platelet count*) y/o coagulopatía de consumo.

Adolescencia: La OMS define como adolescencia al "período de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio – económica" y fija sus límites entre los 10 y 20 años.

Embarazo en la adolescencia: Se lo define como: "el que ocurre dentro de los dos años de edad ginecológica, entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca, y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen".

Complicaciones: hechos o inconvenientes relevantes inesperados.

Signo: se entiende por signo clínico a cualquier manifestación objetivable consecuente a una enfermedad o alteración de la salud, y que se hace evidente en la biología del enfermo.

Síntoma: es la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que reconoce como anómalo, o causado por un estado patológico o enfermedad.

Diagnóstico: es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome o cualquier estado patológico o de salud.

V. DEFINICION DE LAS POBLACIONES DE ESTUDIO

5.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES

5.1.1. Criterios de inclusión

- Se incluyó como muestra de estudio las historias clínicas completas de todos los casos con diagnóstico de eclampsias atendidas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014.
- El criterio diagnostico utilizado fue el propuesto por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y Who Recommendations for Prevention and treatment of pre – eclampsia and eclampsia²⁸, quienes catalogan a una gestante ecláptica cuando reúne los siguientes parámetros:
 - ✓ Edad gestacional mayor de 20 semanas y convulsión tónico clónico generalizada y/o coma.
 - ✓ Hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg o un incremento del valor basal de 30 mmHg en la presión sistólica; ó 15 mmHg en la diastólica en dos ocasiones con seis o más horas de intervalo.
 - ✓ Proteinuria sustancial (> 0.3 g/24 horas)

5.1.2. Criterios de exclusión

- Pacientes que no fueron atendidas en este hospital.
- Pacientes que no tengan los datos completos en las historias clínicas o que se encuentren en mal estado de conservación.
- Pacientes gestantes que presentaron duda en el diagnóstico de Eclampsia.
- Historias clínicas con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, epilepsia, mola hidatidiforme, diabetes mellitus, enfermedad crónica renal y enfermedad cardio-respiratoria previa.

5.2. UBICACIÓN TEMPORO - ESPACIAL

Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes: pacientes que presentaron el diagnóstico de Eclampsia durante el año 2014.

VI. MATERIAL Y MÉTODO

6.1. TIPO DE ESTUDIO

- Por su alcance temporal: Prospectivo.
- Por la secuencia del estudio: Transversal.
- Por el análisis de los resultados: Descriptivo
- Por la interferencia del investigador: Observacional

6.2. UNIVERSO

Todas las gestantes que acudieron al Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el año 2014.

6.3. POBLACIÓN

La población está constituida por todas las gestantes que presentaron el diagnóstico de Eclampsia y acudieron al Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014.

6.4. TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA

6.4.1. Unidad de análisis

La unidad de análisis es una gestante que presentó el diagnóstico de eclampsia, y que estaba registrada en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014.

6.4.2. Unidad de muestreo

Gestante que estaba con diagnóstico de eclampsia y que cumplía con los criterios de selección.

6.4.3. Tamaño de la muestra

Comprendida por la totalidad de casos presentados con diagnóstico médico de eclampsia, considerándose los criterios de exclusión e inclusión; constituyéndose así una muestra NO PROBABILISTICA.

6.5. METODOS ESTADISTICOS

- Se utilizó como procesador de texto el Microsoft Word 2010, paquete de software SPSS y como hoja de cálculo Microsoft Excel 2010.
- En el análisis estadístico de la información se determinaron indicadores como: porcentajes y frecuencias.

VII. DESCRIPCION Y OPERACIONALIZACIÓN, VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

1. Variables

Características socio demográficas

Factores de riesgo

Características clínicas

2. Plan de tabulación

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición Operacional	Dimensión	Indicadores
Características socio demográficas	Rasgos que identifican al individuo	Rasgos que identifican a la paciente	Edad	14-19 20-35 36-+
			Estado civil	Casadas Convivientes Solteras
			Ocupación	Ama de casa Estudiante Profesional
			Procedencia	Zona urbana Zona rural
Factores de riesgo	Conjunto de elementos que predisponen a una enfermedad	Conjunto de elementos que predisponen a eclampsia	Antecedentes Familiares	Hipertension arterial. Nefropatías Eclampsia Otros
			Paridad	Primigesta Segundigesta Multigesta
			Edad Gestacional	20-36 37-42
			Control prenatal	Si No
			Tipo de embarazo	Único Gemelar
				Preparto

			Momento de las convulsiones	Intraparto Postparto
			Complicaciones de la eclampsia	Insuficiencia Renal Aguda. Desprendimiento prematuro de placenta. Óbito fetal. Alteración de la conciencia. Síndrome de HELLP. Ninguno
			Hipertensión Inducida en un embarazo anterior	Si No
Características clínicas	Señales que caracterizan una enfermedad	Señales que caracterizan la eclampsia	Edema	Si No
			Epigastralgia	Si No
			Cefalea	Si No
			Vómitos	Si No
			Transtorno auditivo	Si No
			Convulsión	Si No
			Visión borrosa	Si No
			Hipertensión arterial	Si No
			Hiperreflexia	Si No
			Oliguria	Si No

VIII. PROCESO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

8.1. Instrumentos

- Historias clínicas del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional II-2 - Tumbes durante el período Enero - Diciembre 2014.
- Base de datos del sistema informativo del sistema estadístico del Hospital.
- Ficha de recolección de datos (Ver Anexo 1).
- Computadora y Software para el procesamiento de los datos.
- Ficha de resultados.
- Esquema de presentación de resultados (tablas, gráficas e indicadores).

8.2. Procedimientos

Se solicitará el correspondiente permiso al Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014, para realizar el presente trabajo de investigación.

La población de pacientes se obtendrá a partir de la base de datos estadísticos del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014, Departamento de Ginecología. De este grupo de pacientes se revisarán las historias clínicas y se seleccionarán a los que cumplen los criterios de inclusión y que no presenten los criterios de exclusión.

En la etapa de recolección de la información se extraerán de las diferentes historias clínicas los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos, dicha recolección se realizará en el ARCHIVO DE

HISTORIAS del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014.

En la etapa de procesamiento de datos la información que se recolectará en las Fichas, será analizada en la hoja de datos del programa Microsoft Excel 2010. El informe final y las conclusiones fueron realizados utilizando el programa Microsoft Word 2010.

8.3. Ética de la Investigación

En el proceso de investigación en que participan seres humanos como suele ocurrir en los estudios en ciencias de la salud, debe garantizarse la protección de los derechos de las personas. En el presente trabajo se garantiza el respeto a los derechos de las gestantes, para lo cual se tuvieron en cuenta los principios éticos:

Principio de beneficencia: expresado en la utilidad y beneficios de los resultados del estudio “Aspectos Clínico, Epidemiológicos de la Eclampsia En El Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes. Enero - Diciembre Del 2014.

Principio de autonomía: se respeta la autonomía y dignidad de las personas y su capacidad para decidir sobre sus actos según considere respetando sus decisiones en circunstancias sociales, culturales, económicas, etc. Este principio se aplicará en este estudio en el hecho pues se guardó la identidad de cada participante y solo se hizo uso de la historia clínica sin nombre.

Principio de justicia: se dará un trato igual a todas las participantes durante el desarrollo de la investigación y de privacidad considerando el anonimato de los datos obtenidos.

Principio de no maleficencia: “Primum non nocere” primero no hacer daño, todo ser humano tiene la obligación moral de respetar la vida y la

integridad física de la personas. En mi investigación se aplicó este principio ya que no se sometió a los participantes a ningún factor externo ni procedimiento que pueda causarle riesgo ni daño.

IX.- RESULTADOS

Primer objetivo específico: Determinar la prevalencia de las pacientes eclámpticas

Se estudiaron 2435 historias clínicas de gestantes durante el año 2014 obteniéndose una frecuencia de 26 gestantes con eclampsia con respecto a 2435 partos atendidos durante ese año.

La prevalencia puntual se estima con la siguiente fórmula:

$$\text{Prevalencia puntual} = \text{Ct/Nt}$$

Ct= número de casos existentes (prevalentes) en un momento o edad determinados.

Nt= número total de individuos en la población en ese momento o edad determinados.

$$\text{Prevalencia} = \frac{26 \cdot 100}{2435} = 1.1$$

Segundo objetivo específico: Determinar la distribución, Paridad, Edad y Paridad, Estado Civil, Ocupación y Procedencia, Antecedentes Familiares y Parentesco familiar, Edad Gestacional y Paridad, Control Prenatal en las pacientes Eclámpticas

TABLA N° 1

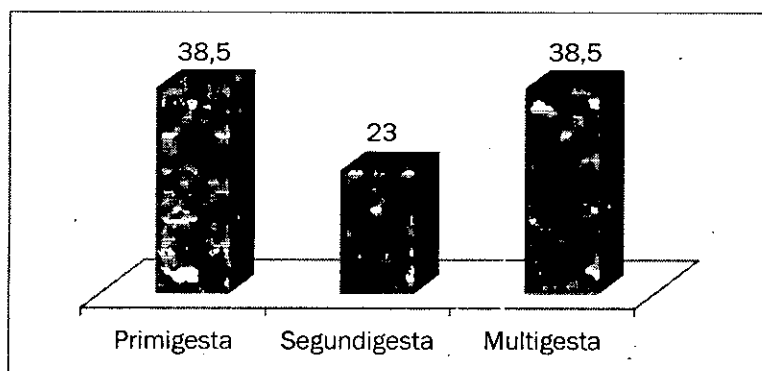
DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL SEGÚN LA PARIDAD DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES

PARIDAD	N° casos	Porcentaje
Primigesta	10	38,5
Segundigesta	6	23,0
Multigesta	10	38,5
TOTAL	26	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION NUMERICA Y PORCENTUAL SEGÚN LA PARIDAD DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES



Según la tabla N° 1 de la distribución numérica y porcentual según el número de embarazos de las pacientes eclámpticas, encontramos que el 38.5% de las pacientes fueron primigestas y multigestas, pues el porcentaje coincide. En el caso de las segundigestas se encontró un 23%.

TABLA N° 2

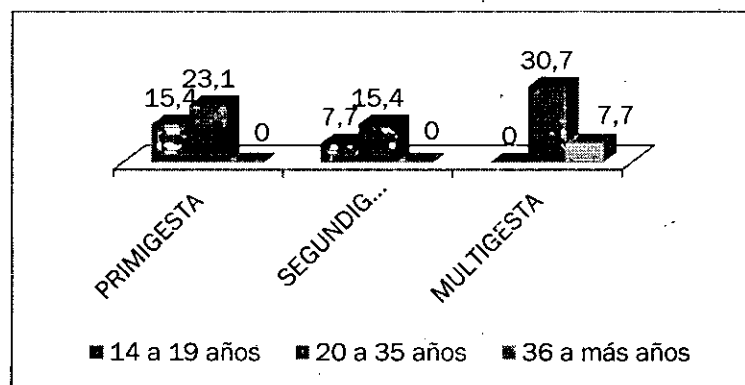
**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN EDAD Y PARIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2
TUMBES**

EDAD	PARIDAD					
	Primigesta		Segundigesta		Multigesta	
	N°	%	N°	%	N°	%
14 a 19 años	4	15.4	2	7.7	0	0
20 a 35 años	6	23.1	4	15.4	8	30.7
36 a más años	0	0	0	0	2	7.7
TOTAL	10	38.5	6	23.1	10	38.4

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 2

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN EDAD Y PARIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2
TUMBES**



Según la tabla N° 2 de distribución numérica y porcentual de casos de eclampsia según edad y paridad, el mayor porcentaje fue para las pacientes primigestas con 38.5%, el grupo etáreo de mayor porcentaje fue para las edades comprendidas entre los 20 a 35 años con 69.2%, según paridad. Al relacionar ambos grupos se aprecia el mayor porcentaje para las multigestas en el grupo de edades comprendidas entre 20 a 35 años con 30.7%.

TABLA N° 3

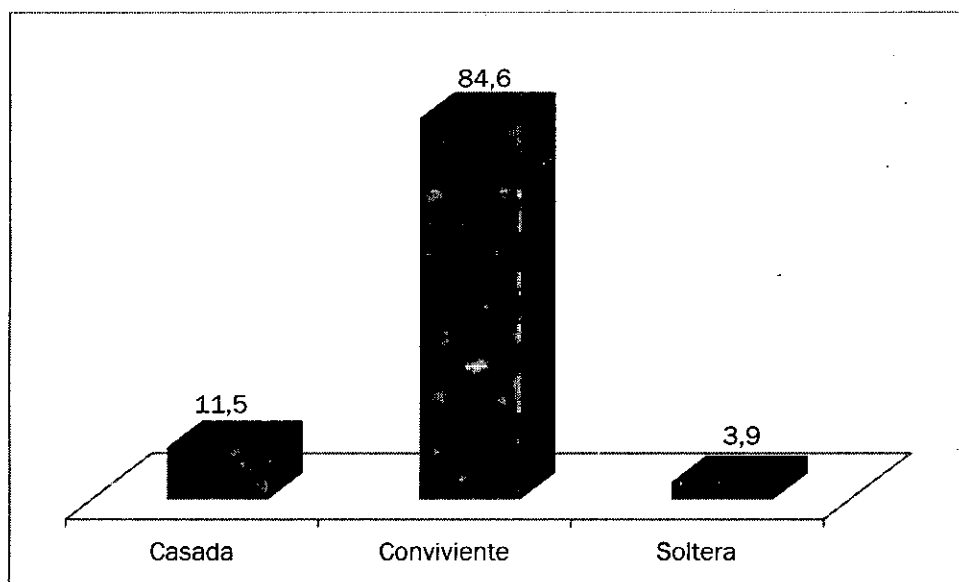
**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES**

ESTADO CIVIL	N° casos	Porcentaje
Casada	3	11,5
Conviviente	22	84,6
Soltera	1	3,9
TOTAL	26	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 3

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN ESTADO CIVIL EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES**



Según la tabla N° 3 de distribución numérica y porcentual de casos de eclampsia según estado civil, encontramos que el 84.6% de las pacientes fueron convivientes, el 11.5% casadas y el 3.9% fueron solteras.

TABLA N° 4

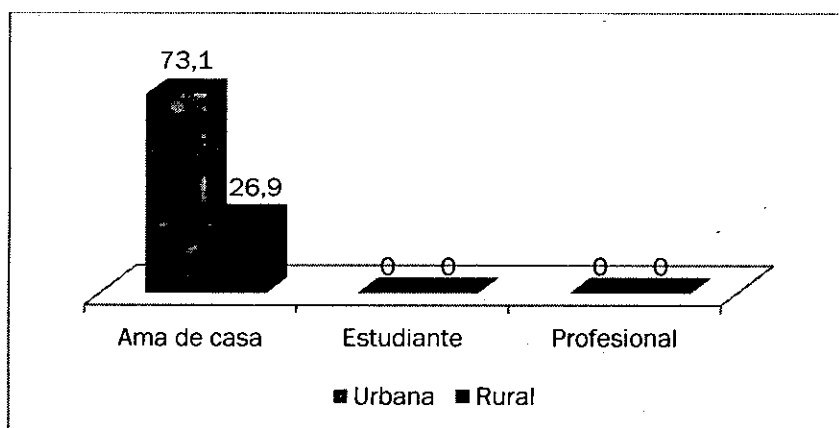
**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN OCUPACION Y PROCEDENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL
JAMO II-2 TUMBES**

OCUPACION	PROCEDENCIA			
	Urbana		Rural	
	N°	%	N°	%
Ama de casa	19	73.1	7	26.9
Estudiante	0	0	0	0
Profesional	0	0	0	0
TOTAL	19	73.1	7	26.9

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 4

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN OCUPACION Y PROCEDENCIA EN EL HOSPITAL REGIONAL
JAMO II-2 TUMBES**



Según la tabla N° 4 de distribución numérica y porcentual de casos de eclampsia según procedencia y ocupación, se encontró que el 100% de las pacientes eran amas de casa, de las cuales el 73.1% viven en zonas urbanas y el 26.9% viven en zonas rurales.

TABLA N° 5

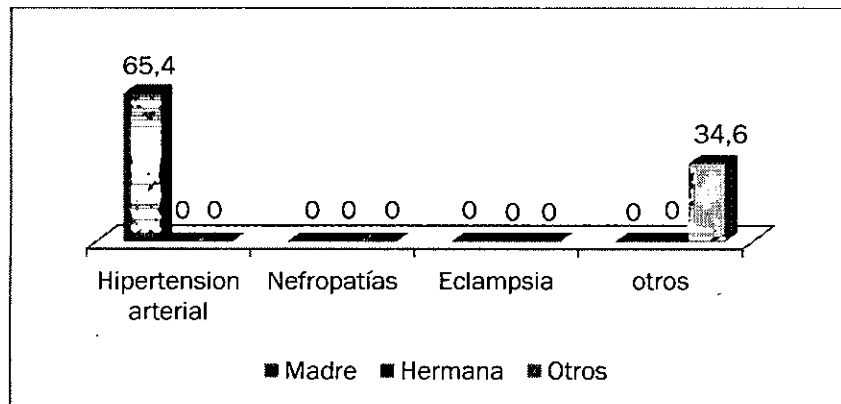
**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES
ECLAMPTICAS SEGÚN SU ANTECEDENTE FAMILIAR Y PARENTESCO
FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES**

ANTECEDENTE FAMILIAR	PARENTESCO FAMILIAR					
	Madre		Hermana		Otros	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hipertensión arterial	17	65.4	0	0	0	0
Nefropatías	0	0	0	0	0	0
Eclampsia	0	0	0	0	0	0
Otros	0	0	0	0	9	34.6
TOTAL	17	65.4	0	0	9	34.6

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 5

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES
ECLAMPTICAS SEGÚN SU ANTECEDENTE FAMILIAR Y PARENTESCO
FAMILIAR EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES**



Según la tabla N° 5 de distribución numérica y porcentual de las pacientes eclámpticas según sus antecedentes familiares, encontramos que el 65.4% presentaron como antecedente familiar la Hipertensión arterial con mayor significancia en la línea materna. En el caso de otros se encontró un 34.6%.

TABLA N° 6

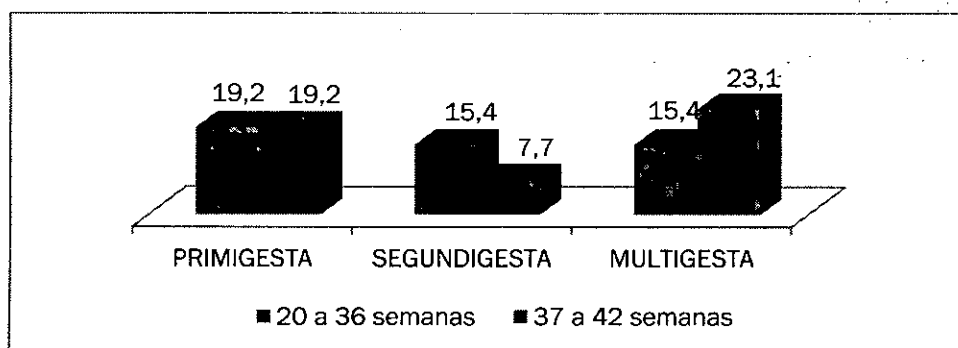
**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN EDAD GESTACIONAL Y PARIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL
JAMO II-2 TUMBES**

EDAD GESTACIONAL	PARIDAD					
	Primigesta		Segundigesta		Multigesta	
	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 36 semanas	5	19.2	4	15.4	4	15.4
37 a 42 semanas	5	19.2	2	7.7	6	23.1
TOTAL	10	38.4	6	23.1	10	38.5

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 6

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE CASOS DE ECLAMPSIA
SEGUN EDAD GESTACIONAL Y PARIDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL
JAMO II-2 TUMBES**



Según la tabla N° 6 de distribución numérica y porcentual de casos de eclampsia según edad gestacional y paridad, el mayor porcentaje fue para las pacientes multigestas con 38.5%, además encontramos que el 50%, según paridad, de las pacientes pertenecían al grupo de edad gestacional entre 20 a 36 semanas y al grupo de 37 a 42 semanas respectivamente, pues el porcentaje coincide. Al relacionar ambos grupos se aprecia el mayor porcentaje para las multigestas con edad gestacional entre 37 a 42 semanas con 23.1%.

TABLA N° 7

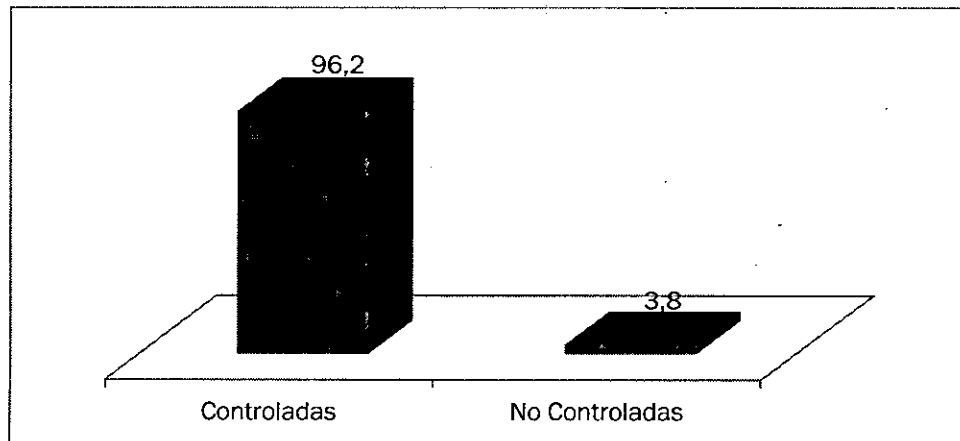
**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES
ECLAMPTICAS SEGÚN SUS CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL
REGIONAL J.A.M.O II-2 – TUMBES**

CONTROL PRENATAL	Nº casos	Porcentaje
Controladas	25	96,2
No Controladas	1	3,8
TOTAL	26	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 7

**DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES
ECLAMPTICAS SEGÚN SUS CONTROL PRENATAL EN EL HOSPITAL
REGIONAL J.A.M.O II-2 – TUMBES**



Según la tabla N° 7 de la distribución numérica y porcentual de las pacientes eclámpticas según su control prenatal, encontramos que el 96.2% de las pacientes recibieron sus controles prenatales. En el caso de las no controladas se encontró un 3.8%.

Tercer objetivo específico: Determinar la distribución, tipo de embarazo y vía de terminación del mismo en las pacientes Eclámpticas.

TABLA N° 8

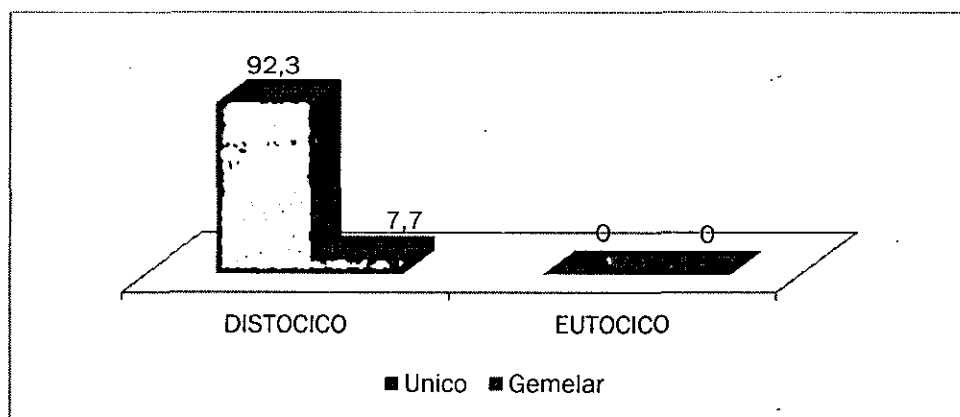
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN TIPO DE EMBARAZO Y VIA DE TERMINACION EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 – TUMBES

TIPO DE EMBARAZO	VÍA DE TERMINACIÓN			
	Distócico		Eutócico	
	N°	%	N°	%
Único	24	92.3	0	0
Gemelar	2	7.7	0	0
TOTAL	26	100	0	0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 8

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN TIPO DE EMBARAZO Y VIA DE TERMINACION EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 – TUMBES



Según la tabla N° 8 de distribución numérica y porcentual de las pacientes eclámpticas según tipo de embarazo y vía de terminación, se evidencia que el 100% de las pacientes finalizaron su gestación por vía distócica, constituyendo el 92.3% de los mismos embarazos únicos y solo un 7.7% gemelares.

Cuarto objetivo específico: Determinar el momento de presentación de las convulsiones en las pacientes eclámpticas

TABLA N° 9

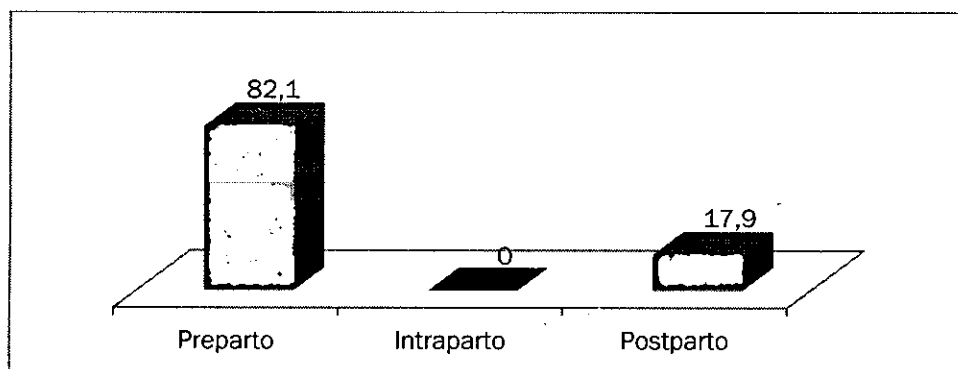
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN MOMENTO DE PRESENTACION DE LA CONVULSION EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES

MOMENTO DE PRESENTACION DE LA CONVULSION	N° casos	Porcentaje
Preparto	23	82.1
Intra parto	0	0
Postparto	5	17.9
TOTAL	28	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 9

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN MOMENTO DE PRESENTACION DE LA CONVULSION EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES



Según la tabla N° 9 de distribución numérica y porcentual de las pacientes eclámpticas según momento de presentación de la convulsión, se encontró que el 82.1% de las pacientes desarrollaron el síndrome convulsivo en el preparto y el 17.9% en el postparto. Haciendo la anotación que existieron 2 casos en que las pacientes presentaron el síndrome convulsivo tanto en el preparto como el postparto.

Quinto objetivo específico: Determinar el cuadro clínico más frecuentes en las pacientes Eclámpticas.

TABLA N° 10

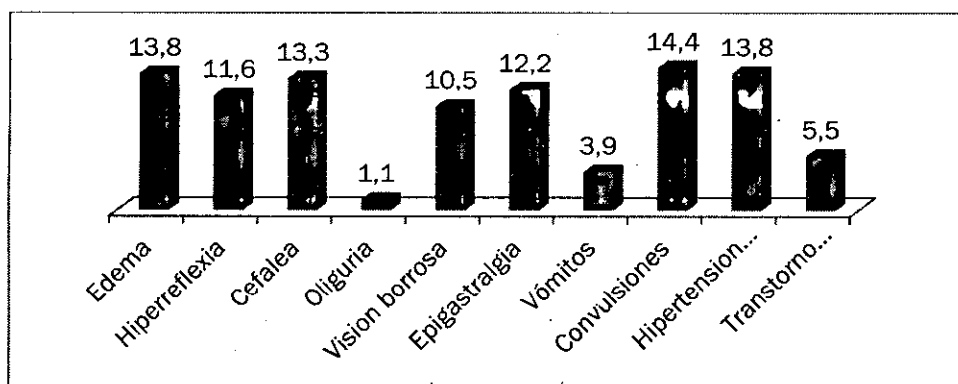
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN CUADRO CLINICO EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES

CUADRO CLINICO	N° casos	Porcentaje
Edema	25	13,8
Hiperreflexia	21	11,6
Cefalea	24	13,3
Oliguria	2	1,1
Visión borrosa	19	10,5
Epigastralgia	22	12,2
Vómitos	7	3,9
Convulsiones	26	14,4
Hipertensión arterial	25	13,8
Trastorno auditivo	10	5,5
TOTAL	181	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN CUADRO CLINICO EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES



Según la tabla N° 10 de distribución numérica y porcentual de las pacientes eclámpticas según cuadro clínico, se encontró que el mayor porcentaje fue para las convulsiones con 14.4% de las pacientes, seguido de hipertensión arterial con 13.8%, edema 13.8%, cefalea con 13.3% y epigastralgia con 12.2%.

Sexto objetivo específico: Determinar la Hipertensión inducida en un embarazo anterior

TABLA N°11

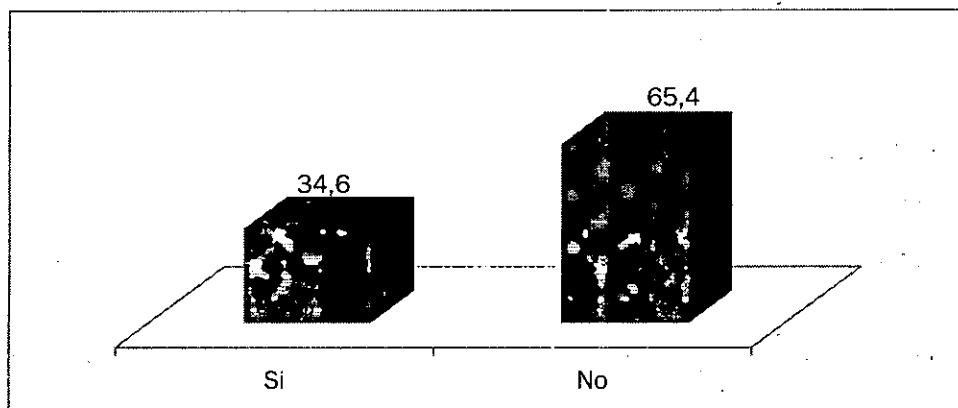
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN HIPERTENSION INDUCIDA EN UN EMBARAZO ANTERIOR EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES

Hipertensión inducida en un embarazo anterior	Nº casos	Porcentaje
Si	9	34,6
No	17	65,4
TOTAL	26	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N°11

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS PACIENTES ECLAMPTICAS SEGÚN HIPERTENSION INDUCIDA EN UN EMBARAZO ANTERIOR EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES



Según la tabla N° 11 de distribución numérica y porcentual de las pacientes eclámpticas según hipertensión inducida en un embarazo anterior, encontramos que el 65.4% de las pacientes no presentaron antecedentes de hipertensión inducida en un embarazo anterior. En el caso de las si presentaron antecedentes de hipertensión en un embarazo anterior se encontró un 34.6%.

Séptimo objetivo específico: Determinar las complicaciones más frecuentes presentadas en las pacientes Eclámpticas.

TABLA N° 12

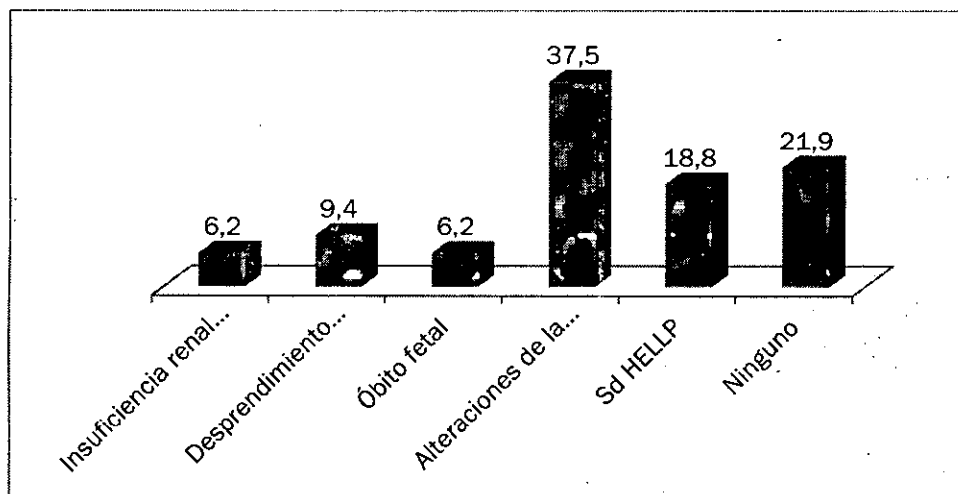
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS PACIENTES ECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES

COMPLICACIONES DE LA ECLAMPSIA	N° casos	Porcentaje
Insuficiencia renal aguda	2	6.2
Desprendimiento prematuro de placenta	3	9.4
Óbito fetal	2	6.2
Alteraciones de la conciencia	12	37.5
Sd HELLP	6	18.8
Ninguno	7	21.9
TOTAL	32	100,0

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LAS COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES EN LAS PACIENTES ECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES



Según la tabla N° 12 de distribución numérica y porcentual de las complicaciones más frecuentes en las pacientes eclámpticas, se encontró que el mayor porcentaje fue para alteraciones de conciencia con 37.5%, seguido de ninguna complicación con 21.9%, y Sd. HELLP con 18.8%. Además se encontró un 6.2% para óbito fetal.

Octavio objetivo específico: Determinar la mortalidad materna en las pacientes eclámpicas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.

TABLA N° 13

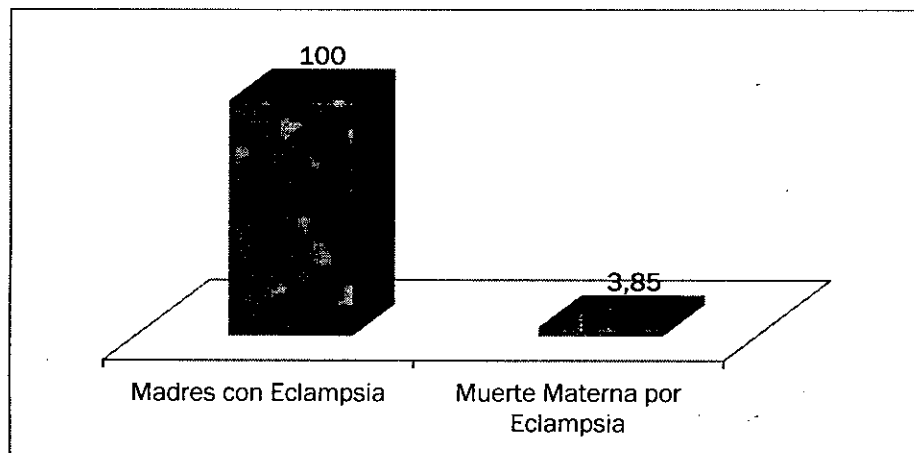
DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS PACIENTES ECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES

MORTALIDAD MATERNA	N° casos	Porcentaje
Madres con Eclampsia	26	100
Muerte Materna por Eclampsia	1	3.85

Fuente: Datos obtenidos de las Historias Clínicas

GRAFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DE LA MORTALIDAD MATERNA EN LAS PACIENTES ECLAMPTICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES



Según la tabla N° 13 de distribución numérica y porcentual de la mortalidad materna en las pacientes eclámpicas, se encontró que el 3.85% de las pacientes fallecieron por eclampsia.

X.- DISCUSIÓN

El estudio de los Factores Epidemiológicos es una herramienta para contribuir al control y prevención en las embarazadas de alto Riesgo, de manera que se disminuya la morbi-mortalidad materno infantil, problema de salud pública que ha ido en incremento en varios países. En este estudio se encontró que 69,2% correspondió a las pacientes entre los 20 a 35 años, siendo en grupo de mayor frecuencia.

Este hecho fue evidenciado también en estudios realizados en otros centros hospitalarios del país, tal como los reportados por Torres G, demostrando que 35,5% de las embarazadas estudiadas eran adolescentes tardías, coincidiendo con estos hallazgos los presentados por Aranguren en un 64,6% y por López en un 56%. Este hecho causa preocupación especial, porque es una situación que afecta actualmente a la población femenina muy joven, por lo tanto es necesario fortalecer y enfocar recursos al Programa de Salud Sexual y Reproductiva del país a fin de limitar esta problemática de salud que repercute en el presente y futuro de la nación.

Es importante destacar que 100% de las embarazadas tenían de ocupación su casa, pero el 73.1% de las estudiadas eran de la zona urbana y el 26.9% de la zona rural coincidiendo con lo reportado por Torres G. Esta cifra llama la atención debido a que las embarazadas estudiadas por su ocupación quizás sea un impedimento para comprender la importancia que tiene para su salud el control prenatal y los cuidados personales que deben continuar en sus hogares durante el embarazo y, además pone de manifiesto el compromiso social del Estado en relación a facilitar los recursos para que esta población joven pueda alcanzar un nivel educativo a través del cual posibilite la comprensión y aplicación de los programas de atención primaria en salud que son tan necesarios de llevar cabo en las mujeres embarazadas, especialmente de áreas periurbanas de Tumbes.

La ocupación de las pacientes estudiadas por Román era del 46,6% como amas de casa, en semejanza a los datos aportados por Torres G, con un 86,4% que debe ser tomado en cuenta por los responsables de los Programas de atención en salud sexual y reproductiva, ya que a pesar de realizar este trabajo por la mujer en su propio domicilio le resta tiempo para asistir con regularidad al control periódico y regular de su embarazo y distrae su atención de la importancia que tiene esto para su salud y la de su bebé, significando que deben planearse jornadas de consultas adecuadas al trabajo y tiempo disponible de este grupo especial de mujeres de nuestra sociedad.

Se encontró, en cuanto a control pre natal, un porcentaje de 96.2%, que se controlaron observándose lo contrario con lo obtenido por Faneite P, Delgado (28,2%). Lo que debe llamar a la vigilancia en la consulta de control obstétrico, debido a que estas patologías ponen en riesgo la salud materna y fetal, por lo tanto el especialista debe enfocar la visión preventiva sobre indagar este antecedente en los diferentes hospitales del estado.

Así mismo, a antecedentes familiares, la hipertensión arterial vía materna estuvo presente en 65,4% de las gestantes examinadas y 34.6% tuvieron otros antecedentes; coincidiendo la aparición de ambos antecedentes pero con mayor repunte en la investigación de Montañez y Morillo en la CHET en el año 2009, que reveló 65% y 20% respectivamente para dichos antecedentes. Siendo de gran utilidad hacer recomendaciones y orientaciones a las pacientes con estos antecedentes, ya que estos pueden incidir negativamente en su salud, específicamente en la elevación de las cifras tensionales, haciendo énfasis en que la embarazada no ignore estos efectos que tradicionalmente se creen inocuos sobre la salud por la población en general.

El 37.5% de estas pacientes sufrieron alteraciones de la conciencia, síndrome de HELLP (18.8%) datos que son semejantes a los derivados en

el estudio de Faneite y Delgado (45,51% y 19%, respectivamente) este hecho evidencia una vez más que es de vital importancia hacer cambios en la programación preventiva de patologías que amenazan la salud materna-infantil, a nivel de atención primaria y secundaria, de manera que se identifiquen precozmente situaciones de salud en la mujer, se faciliten inmediatamente su tratamiento y evitar así la pérdida del producto de la concepción, que también ayuda a prevenir secuelas tanto físicas y psicológicas en el futuro de estas pacientes, garantizándose de esta manera una mejor calidad de vida.

La Hipertensión inducida en un embarazo anterior, se presentó en el 34.6% de las pacientes, a medida que la edad avanza el riesgo de padecer de hipertensión es mayor.⁴ Como se mostró en los resultados, existe coincidencia con un estudio realizado en el Hospital Universitario "Abel Santamaría Cuadrado" de la provincia de Pinar del Río en el período comprendido de 2007-2009 donde se obtuvo que el mayor índice de preeclampsia con signos de gravedad apareció en el grupo de 30 a 34 años y en el de 20 a 24 años.

En este estudio por la paridad las primigestas y multigestas tuvieron el mismo porcentaje (38.5%) y las segundigestas el 23%. Estos resultados son contrarios a una investigación llevada a cabo por *González* y otros tuvieron como resultado que la gestantes nulíparas fueron las más afectadas con hipertensión arterial (HTA) crónica y con preeclampsia-eclampsia sobreañadida.

Para muchos investigadores, la nuliparidad es factor de riesgo para la aparición de la preeclampsia, fundamentados en la respuesta inmunitaria protectora deficiente que existe en esas pacientes.

Se encontró que el 3.85% de las pacientes eclámpicas fallecieron por esta causa coincidiendo por el trabajo realizado por Vilchez Camacho en su trabajo realizado en Tumbes.

Esplin categorizó la preeclampsia como un síndrome complejo que afecta a todos los órganos y sistemas, en el que la hipertensión es una manifestación de tal cuadro clínico. Burrow, por su parte, describió la preeclampsia como un trastorno vascular multisistémico, en el cual la hipertensión constituye un rasgo secundario de un desorden circulatorio básico.

Actualmente en Cuba, por la importancia que posee el Programa Nacional Materno Infantil, la búsqueda de gestantes para su control, desde sus inicios, constituye la prioridad número uno, mientras más temprano se comienza el seguimiento de una grávida, más factible resulta poder actuar sobre los factores de riesgo que se presenten y sean modificables los estilos de vidas, por lo tanto, se disminuirá el riesgo final de elevación de la tensión arterial. Todos los autores de los estudios revisados sí están de acuerdo en que un correcto seguimiento favorece la adecuada evolución de la embarazada.

Lovgren y otros determinaron que la medición de la velocimetría Doppler de la arteria uterina como una prueba diagnóstica depende del predominio del resultado adverso en la población estudiada y si los resultados adversos se evalúan individual o colectivamente como un grupo. Estos autores afirman que en el primer y segundo trimestre la velocimetría Doppler de la arteria uterina es una herramienta sensible de diagnóstico para el descubrimiento de preeclampsia y el retraso de crecimiento de intrauterino antes de 34 sem. Se concluye que con la implementación de este seguimiento desde el inicio del embarazo se ha podido determinar el riesgo incrementado para la preeclampsia-eclampsia.

XI.- CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la eclampsia fue de 1.1. Se encontró eclampsia en los tres tipos de paridad que abarcaron a las 26 pacientes objeto de estudio.
2. Las pacientes convivientes presentaron el 84.6% de eclampsia, de ellas el 73.1% eran amas de casa y de procedencia urbana, el 26.9% eran amas de casa y de zona rural.
3. Los antecedentes familiares, encontramos que el 65.4% presentaron como antecedente familiar la Hipertensión arterial con mayor significancia en la línea materna.
4. Encontramos que en ambos grupos de edad, el 50%, según paridad, de las pacientes pertenecían al grupo de edad gestacional entre 20 a 36 semanas y el otro 50% para el grupo de 37 a 42 semanas.
5. El 96.2% de las pacientes recibieron sus controles prenatales, el 100% de las pacientes terminó el embarazo vía cesárea. La convulsión se presentó en el preparto (82.1%) y en el post parto (17.9%)
6. Según cuadro clínico, se encontró que el mayor porcentaje fue para las convulsiones con 14.4% de las pacientes, seguido de hipertensión arterial con 13.8%, edema 13.8%, cefalea con 13.3% y epigastralgia con 12.2%.
7. Las complicaciones más frecuentes en las pacientes eclámpticas, se encontró que el mayor porcentaje fue para alteraciones de conciencia con 37.5%, seguido de ninguna complicación con 21.9%, y Sd. HELLP con 18.8%.
8. Según muerte materna se encontró que el 3.85% fallecieron por causa de la eclampsia.

XII.- RECOMENDACIONES

1. Se recomienda tomar medidas de prevención, básicamente en dos aspectos, atención médica y conseguir el tratamiento para la preeclampsia puede prevenir la eclampsia.
2. Se recomienda tomar medidas de tratamiento, terminar la gestación, se puede suministrar medicamentos para prevenir las convulsiones, así como para disminuir la hipertensión arterial.
3. Los últimos estudios señalan que la preeclampsia y la eclampsia posparto podrían surgir días o semanas después de un nacimiento normal incluso en mujeres que no la hayan padecido durante el embarazo, por lo que hay que estar atentas a los síntomas también tras el parto.
4. Programar charlas educativas, a todas las gestantes que acudan al Hospital con la finalidad de brindarles información complementaria en cuidados nutricionales y la detección de factores de riesgos maternos y neonatales durante la evolución de su embarazo.
5. Realizar investigaciones de tipo prospectivo, referentes al tema, por ser una entidad nosológica poco estudiada en el departamento de Tumbes.

XIII.- BIBLIOGRAFÍA

1. PEREZ PILOSO, Janeth (2013). "Incidencia de Preeclampsia y Eclampsia en embarazos a término en adolescentes de 16 a 17 años, realizado en el hospital Dra Matilde Hidalgo De Procel de Septiembre del 2012 hasta Febrero 2013. , Guayaquil – Ecuador. Tesis para optar el Título de Profesional de Obstetricia. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/1864/1/TESIS%20JANETH%20PEREZ.pdf>
2. DRS. GABRIELA VALARINO*, ADRIANA MORA*, CARLOS CABRERA**, Isbelly Durán*, Yazmín Díaz*, Samantha González*, Marianna Meléndez. (2009). Eclampsia. Morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Obstet Ginecol Venez v.69 n.3 Caracas sep. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322009000300003
3. DR MUÑOZ SALAZAR, ALEJANDRO MANUEL; Estudio Clínico de Eclampsia, en el Hospital José Agurto Tello de Chosica- Lima, Perú entre los años 2004 – 2009. Lima – Perú. 2011. Tesis para optar el Título de Profesional de Medico Cirujano. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/296/1/Mu%C3%B1oz_am.pdf
4. OBS. CECILIA ANTONELLA DÍAZ TAMARIZ (2011). Características Clínicas Epidemiológicas De La Preeclampsia Severa En Pacientes Atendidas En El Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé En El Período 2008 – 2009, Lima – Perú. . Tesis para optar el Título de Profesional de Obstetricia. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3026/1/diaz_tc.pdf

5. VILCHERREZ CAMACHO María, Br. Percy Mc-Quen Vílchez Barreto. Estudio Clínico Y Epidemiológico En Pacientes Eclámpicas Del Hospital De Apoyo I "Jamo" De Tumbes, Durante El Período 1993-1998.
6. ABATE M, Lakew Z. Enero 2006, Eclampsia 5 años de revisión retrospectiva de 216 casos, manejados en dos hospitales de enseñanza en Addis-Abeba. Etiopía. Woldia Hospital, Región Ethiopia. Disponible en página:
http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/17447360?ordinalpos=8&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
7. ALI CETIN. Revisión terapéutica de Eclampsia y el Síndrome Hellp. Columnista Experto de SIIC. Cumhuriyet University School of Medicine. Agosto, 2007. Disponible en página:
<http://www.siicsalud.com/dato/experto.php/91905>
8. CRUZ RODRÍGUEZ Rafael, Dra. Rosa Linda Díaz Ramírez. Anestesia y Eclampsia. Portal Oficial de La Federación Mexicana de Anestesiología. Disponible en página: <http://www.fma.org.mx>
9. RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LA PREECLAMPSIA Y LA ECLAMPSIA. 2013. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/119742/1/WHO_RHR_14.17_spa.pdf?ua=1&ua=1
10. MONTERROSA CASTRO Álvaro. Sept. 2002. Incidencia y aspectos clínicos relacionados con la eclampsia, en el Hospital de Maternidad "Rafael Calvo", Cartagena, Colombia. 1995-2001. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, vol.53. Bogotá. Disponible en página:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342002000300006&lng=en&nrm=iso

11. MALVINO, Eduardo. 2011. Preeclampsia Grave y Eclampsia Ginecología y Obstetricia. Segunda edición. Lima: MAD Corp SA, 2006. Disponible en: http://www.obstetriciacritica.com.ar/doc/Preeclampsia_Eclampsia.pdf
12. BARRETO RIVERO Susana. 2002. Preeclampsia Severa, Eclampsia y Síndrome HELLP: Características Maternas y Resultado Neonatal. Unidad de Cuidados Intensivos Maternas. Instituto Materno Perinatal. Lima, Perú 1999-2000 Revista Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.
13. CHHABRA S, Kakani A. Enero 2007. Mortalidad materna debido a eclampsia y no eclampsia desórdenes hipertensivos: un desafío. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Instituto de Mahatma Gandhi de Ciencias Médicas, Maharashtra, India. Disponible en página: http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/17365453?ordinalpos=25&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
14. DUCARME G, Herrnberger S, Pharisien I, Carbillon L, Uzan M, 2009. Eclampsia: Estudio retrospectivo de 16 casos. Servicio de cirugía ginecológica y obstétrica Hospital de Paris, Universidad de Paris, Francia. Buscador PUB MED. Disponible en página: [http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=19119047&log\\$=activit](http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=19119047&log$=activit)
y

15. KNIGHT M; UKOSS. Septiembre 2007. Eclampsia en el Reino Unido 2005. Unidad Nacional de Epidemiología Perinatal, Universidad de Oxford, Reino Unido. Disponible en página:
http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/17617191?ordinalpos=30&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
16. TUFFNELL DJ, Jankowicz D, Lindow SW, Lyons G, Mason GC, Russell IF, Walker. Julio 2005. Resultados de preeclampsia severa y eclampsia en Yorkshire 1999-2003. Hospitales del Sistema Nacional de Salud, Bradford, Reino Unido. Disponible en página:
http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/15957986?ordinalpos=16&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
17. PACHECO J. Preeclampsia / eclampsia: Reto para el ginecoobstetra. Simposio Hipertensión Arterial. Revista Peruana Ginecología y Obstetricia. 2006;23(2) 2006:100-111.
18. PURIZACA BENITES Manuel. Evolución de Eclampsia en el Hospital III Cayetano Heredia-Piura: Experiencia en 24 años. Ginecología y Obstetricia - Vol. 45 N°4 Octubre 1999. En página:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol_45n4/evolucion.htm
19. ROMAN Carlos, Paul Pilco. Eclampsia. Mortalidad materna y perinatal. Hospital Cayetano Heredia. Jul10 1991-diciembre 1997. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Departamento Ginecología-Obstetricia Hospital Nacional Cayetano Heredia. Lima-Perú. Ginecología y Obstetricia - Vol.45 N°4 Octubre 1999. Disponible en página:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol_45n4/eclampsia.htm

20. NIGER J Clin Pract. 2008. "Resultado de eclampsia en Hospital docente de Obafemi Awolowo. Ade-Ojo IP, Loto OM. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Obafemi Awolowo. Disponible en página:
http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/19140370?ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
21. OZUMBIA BC, Ibe AI. Eclampsia en Enugu, Este de Nigeria. Abril 1993. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Crawley, Reino Unido. Disponible en página:
http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/8385854?ordinalpos=7&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
22. GARY CUNNINGHAM F. y otros. 2001. Williams Obstetricia. 21 Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid España. Pág 489-525
23. THAPA K, Jha R. Julio 2008. Sulfato de Magnesio droga que salva una vida. JNMA J Nepal Med Assoc. Maternidad del Hospital de la mujer, Thapathali. Disponible en página:
http://hinari-gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/19079372?ordinalpos=68&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum
24. VIGIL DE GRACIA P. febrero 2009. Muertes maternas asociadas a eclampsia y síndrome Hellp. Gynecol Obstet. Critical Care Unit,

Department of Obstetrics and Gynecology, Caja de Seguro
Panamá. Disponible en página:

<http://hinari->

[gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/19027902?ordinalpos=100&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/19027902?ordinalpos=100&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

25. CHINAYON P. J. Med Assoc Thai. Agosto 1998. Manejo Clínico y resultado de eclampsia en el Hospital de Rajavithi. Bangkok, Tailandia.

Disponible en página:

<http://hinari->

[gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/9737110?ordinalpos=10&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/9737110?ordinalpos=10&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

26. CHOUDHARY P. Octubre 2003, Eclampsia: Un estudio retrospectivo. Hospital de Maternidad, Kathmandu, Nepal. Kathmandu Univ Med J (KUMJ). Oct-Dec. Disponible en página:

<http://hinari->

[gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/16388262?ordinalpos=17&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/16388262?ordinalpos=17&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

27. LEE W, O'Connell CM, Baskett TF. Febrero 2004. Resultados maternos y perinatales de eclampsia: Nova Scotia, 1981-2000. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Dalhousie Universidad, Halifax, NS. Disponible en página:

<http://hinari->

[gw.who.int/whalecomwww.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/14965477?ordinalpos=21&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/whalecom0/pubmed/14965477?ordinalpos=21&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_DefaultReportPanel.Pubmed_RVDocSum)

XIV. ANEXOS

ANEXO 1



Universidad Nacional de Piura
Facultad de Medicina Humana



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



"Aspectos Clínico, Epidemiológicos de la Eclampsia en el Hospital Regional JAMO II-2 Tumbes. Enero - Diciembre del 2014"

Nº:

Nº HC:

Edad:

- a) 14 -19
- b) 20 - 35
- c) 36 a más

Estado civil:

- a) Casada
- b) Conviviente
- c) Soltera

Ocupación:

- a) Ama de casa
- b) Estudiante
- d) Profesional

Procedencia:

- a) Urbano
- b) Rural

Antecedentes Familiares y Parentesco familiar (Madre y/o Hermana.):

- a) Hipertensión arterial ()
- b) Nefropatías ()
- c) Eclampsia ()
- d) Otros: _____

Número de embarazos:

- a) Primigesta
- b) Segundigesta
- c) Multigesta

Edad Gestacional:

- a) 20 - 36
- b) 37 - 42

CPN:

- a) Si
- b) No
- c) Nº veces:

Tipo de embarazo:

- a) Único
- b) gemelar

Tipo de parto:

- a) Distocico
- b) Eutocico

Momento de las convulsiones

- a) preparto
- b) intraparto
- c) postparto

Complicaciones de la eclampsia:

- a) Insuficiencia renal aguda,
- b) Desprendimiento prematuro de placenta
- c) Óbito fetal
- d) Alteraciones de la conciencia
- e) Sd. HELLP
- f) Ninguno

HIE en embarazos anteriores

- a) Si
- b) No

Signos y síntomas

- a) Edema
- b) Cefalea
- c) Oliguria
- d) Visión borrosa
- e) Epigastralgia
- f) Vómitos
- g) Convulsiones
- h) Hipertensión arterial
- i) trast. Auditivo
- j) Hiperreflexia

ANEXO 2

Solicito: Acceso a Historias Clínicas

Piura, _____ de _____ del _____

SEÑOR:

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL JA.M.O II-2 – TUMBES.

S.D.

Yo, **Reyes Cunya Danis Norelia** ; alumna de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Piura identificado con DNI N° 43596299; domiciliada A:H.Jorge Chavez Mz "A" Lt "21" , distrito de Piura; ante Usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que, por motivos de la elaboración de un Proyecto de Investigación el que tiene por título: ASPECTOS CLINICO EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 – TUMBES. ENERO - DICIEMBRE DEL 2014, y siendo necesario recopilación de información de la Historia clínica de pacientes que sean seleccionados en la muestra obtenida. Le solicito se me conceda poder acceder al contenido de las Historias Clínicas por un periodo de 1 año para la selección de la mi muestra, para la realización de mi proyecto de Investigación.

A Usted Señor Director mucho le agradeceré atender a mi pedido por ser de justicia.

Reyes Cunya Danis Norelia

DNI: 43596299

UNP- FMH

ANEXO 3

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	TIPO Y METODOLOGÍA	VARIABLES
"ASPECTOS CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICOS DE LA ECLAMPSIA EN EL HOSPITAL REGIONAL JAMO II-2 TUMBES. ENERO - DICIEMBRE DEL 2014."	¿Cuáles son los Aspectos Clínico, Epidemiológicos de las pacientes Eclámpicas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes. Enero a Diciembre del 2014?	GENERAL Determinar los Aspectos Clínico, Epidemiológicos de la eclampsia en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes. Enero a Diciembre del 2014.	TIPO DE ESTUDIO ➤ Por su alcance temporal: Prospectivo. ➤ Por la secuencia del estudio: Transversal. ➤ Por el análisis de los resultados: Descriptivo ➤ Por la interferencia del investigador: Observacional	Características sociodemográficas <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Estado civil • Ocupación • procedencia
		ESPECIFICOS 1. Determinar la prevalencia de las pacientes eclámpicas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014. 2. Determinar la distribución Paridad, Edad y Paridad, Edad Gestacional y Paridad, Procedencia y ocupación, Paridad, Estado Civil, Antecedentes Familiares, Control Prenatal en las pacientes Eclámpicas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014. 3. Determinar la distribución, tipo de embarazo y vía de terminación del	TAMAÑO Y SELECCIÓN DE LA MUESTRA 1. Unidad de análisis La unidad de análisis es una gestante que presentó el diagnóstico de eclampsia, y que estaba registrada en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014. 2. Unidad de muestreo Gestante que estaba con diagnóstico de eclampsia y que cumplía con los criterios de selección. 3. Tamaño de la muestra Comprendida por la totalidad de casos presentados con diagnóstico médico de eclampsia, considerándose los criterios de exclusión e inclusión; constituyéndose así una muestra NO PROBABILISTICA.	Factores de riesgo <ul style="list-style-type: none"> • antecedentes familiares • paridad • edad gestacional • control prenatal • tipo de embarazo • momento de las convulsiones • complicaciones del embarazo • hipertensión inducida en un embarazo anterior

		<p>mismo en las pacientes Eclámplicas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.</p> <p>4. Determinar el momento de presentación de las convulsiones en las pacientes eclámpicas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo enero a diciembre del 2014.</p> <p>5. Determinar el cuadro clínico más frecuentes en las pacientes Eclámpicas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.</p> <p>6. Determinar la Hipertensión inducida en un embarazo anterior en las pacientes Eclámpicas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.</p> <p>7. Determinar las complicaciones más frecuentes presentadas en las pacientes Eclámpicas del Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el periodo Enero a Diciembre del 2014.</p>	<p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se incluyó como muestra de estudio las historias clínicas completas de todos los casos con diagnóstico de eclampsias atendidas en el Hospital Regional JAMO II – 2 Tumbes durante el Periodo de Enero a Diciembre del 2014. • El criterio diagnostico utilizado fue el propuesto por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia y Who Recommendations for Prevention and treatment of pre – eclampsia and eclampsia²⁸, quienes catalogan a una gestante eclámpica cuando reúne los siguientes parámetros: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad gestacional mayor de 20 semanas y convulsión tónico clónico generalizada y/o coma. ✓ Hipertensión arterial mayor o igual a 140/90 mmHg o un incremento del valor basal de 30 mmHg en la presión sistólica; ó 15 mmHg en la diastólica en dos ocasiones con seis o más horas de intervalo. ✓ Proteinuria sustancial (> 0.3 g/24 horas) <p>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes que no fueron atendidas en este hospital • Paciente que no tengan los datos completos en las historias clínicas o que se encuentren en mal estado de conservación. • Pacientes gestantes que presentaron duda en el diagnóstico de Eclampsia. • Historias clínicas con diagnóstico de hipertensión arterial crónica, epilepsia, mola hidatidiforme, diabetes mellitus, enfermedad crónica renal y enfermedad cardio-respiratoria previa. 	<p>Signos y síntomas</p> <ul style="list-style-type: none"> • edema • epigastralgia • cefalea • vomitos • transtorno auditivo • convulsion • visión borrosa • hipertensión arterial • hiperreflexia. • oliguria
--	--	--	--	--

